SÉRIE 5. N° 29.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DE LA

RÉDUCTION DU PÉDICULE DANS L'OVARIOTOMIE

(MÉTHODE INTRA-PÉRITONEALE)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 juillet 1883

PAR

Louis DUPLOUY

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Rochefort, le 19 janvier 1856

Examinateurs de la Thèse : MM. DENUCÉ, *président.*
MOUSSOUS, *professeur.*
POINSOT, BOURSIER, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

ROCHEFORT
SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE CH. THÈZE, PLACE COLBERT.

1883.

SÉRIE 5. N° 29.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DE LA

RÉDUCTION DU PÉDICULE DANS L'OVARIOTOMIE

(MÉTHODE INTRA-PÉRITONEALE)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 juillet 1883

PAR

LOUIS DUPLOUY

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Rochefort, le 19 janvier 1856

Examinateurs de la Thèse : MM. DENUCÉ, *président.*
MOUSSOUS, *professeur.*
POINSOT, BOURSIER, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

ROCHEFORT
SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE CH. THÈZE, PLACE COLBERT.
1883.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DENUCÉ.

PROFESSEURS.

	MM.		MM.
Anatomie	BOUCHARD.	Pharmacie	FIGUIER.
Physiologie	ORÉ.	Thérapeutique	DE FLEURY.
Physique	MERGET.	Hygiène	LAYET.
Chimie	MICÉ.	Médecine légale	MORACHE.
Histoire naturelle	GUILLAUD.	Médecine expérimentale	JOLYET.
Pathologie générale	VERGELY.	Matière médicale	PERRENS.
Pathologie interne	DUPUY.	Clinique médicale	PITRES.
Pathologie externe	AZAM.		PICOT.
Anatomie pathologique	COYNE.	Clinique chirurgicale	DENUCÉ.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.		LANELONGUE
Médecine opératoire	MASSE.	Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
		Clinique ophthalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. ARNOZAN.
RONDOT.
LANDE.
SOLLES.
ARMAINGAUD.
BOURSIER.
LEFOUR.
DUDON.
MM. DEMONS.
GERVAIS-KOYSIEWICZ.
POINSOT.
TESTUT.
CARLES.
PÉRIER.
BLAREZ.

MAITRES DE CONFÉRENCES.

Physique	MM. BERGONIÉ.	Histoire naturelle	MM. PÉRIER.
Chimie	CARLES.	Accouchements	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES.

Clinique médicale des enfants	MM. NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants	BITOT.
Maladies vénériennes	VÉNOT.
Maladies mentales	TAGUET.

Le Secrétaire de la Faculté : F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549628_0074

A M. le Docteur CAMILLE MAISONNEUVE,

Directeur du service de santé de la marine, au port de Rochefort,
Officier de la Légion d'honneur et de l'Instruction publique.

A M. le Docteur BARTHÉLEMY-BENOIT,

Médecin en chef de la marine, Professeur de Clinique médicale à l'École de Rochefort,
Officier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DENUCÉ

Doyen de la Faculté, membre correspondant de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

DE LA

RÉDUCTION DU PÉDICULE DANS L'OVARIOTOMIE

(MÉTHODE INTRA-PÉRITONÉALE)

Nous sommes loin du temps où l'ovariotomie inspirait aux chirurgiens français une véritable horreur, à ce point que des hommes qui s'appelaient Velpeau, Cruveilhier, Jobert de Lamballe, la traitaient de *véritable boucherie venue d'outre-mer*, et qu'à l'Académie de médecine, en 1856, elle ne trouvait qu'un seul défenseur dans la personne de Cazeaux, dont les chaleureux accents ne purent vaincre la répugnance de ses collègues pour cette belle opération. Vivement frappé des succès obtenus en Angleterre, Nélaton ne se laissa pas abattre par quelques revers, et Kœberlé, qui peut être considéré à juste titre comme le véritable père de l'Ovariotomie en France, l'aborda résolument et ramena de vive force l'attention du monde chirurgical, par la publication de ses premiers succès. Cette opération, entrée dès lors dans la pratique, y a fait un tel chemin qu'il n'y a plus à faire en sa faveur le moindre effort de vulgarisation ; elle n'est plus le monopole de quelques privilégiés, et tout chirurgien peut et doit être aujourd'hui ovariotomiste ; sans doute, il sera le plus

souvent difficile, pour ne pas dire plus, à un praticien isolé d'aborder cette opération : elle exige un sang-froid et une initiative que l'habitude de la chirurgie peut seule donner, et, quelles que fussent ses qualités, il manquerait presque toujours, sinon de l'outillage matériel, du moins de l'outillage humain : il faut des aides nombreux, aguerris à la pratique des grandes opérations, assouplis aux habitudes de l'opérateur, toujours sur le qui-vive comme le chirurgien lui-même : et de semblables conditions ne sont guère réalisables que dans les villes d'une certaine importance ou dans les centres d'instruction médicale. L'ovariotomie n'est pas fort heureusement une opération d'urgence, et la décentralisation chirurgicale est aujourd'hui, grâce aux progrès de l'art, assez avancée pour qu'on trouve dans un rayon peu éloigné les ressources nécessaires. Les grandes lignes de l'opération ont été nettement tracées ; mais il y a tant d'imprévu, tant d'accidents à craindre, qu'on ne saurait apporter trop de soins dans l'exécution de chacun des temps opératoires ; le succès, on peut le dire, gît dans la perfection des détails : l'emploi des pinces à forci-pressure, le morcellement des tumeurs, l'évacuation des kystes à l'aide d'aspirateurs, le traitement du pédicule, les soins minutieux apportés dans la suture des parois, marquent autant d'étapes accomplies dans la voie du progrès. Chaque perfectionnement s'est traduit par un mouvement ascensionnel de succès. Comparez aux premières statistiques de Kœberlé les magnifiques résultats qu'il obtient aujourd'hui, suivez la pratique de tous ceux qui ont abordé l'ovariotomie à la suite de l'éminent chirurgien,

vous verrez partout la moyenne des succès s'élever à mesure que leur éducation va se complétant, non seulement par leur expérience personnelle, mais encore par l'habile application des progrès venus de toutes parts ; la méthode listérienne a fait faire à l'opération un pas immense, en abaissant singulièrement la mortalité, si bien que si on la compare, sous ce rapport, aux grandes opérations, elle n'est vraiment pas plus compromettante qu'aucune d'elles. Il convient de le dire bien haut pour le public extra-médical, qui veut bien admettre des ponctions trop souvent inutiles, quand elles ne sont pas dangereuses, mais qui lutte avec une énergie féroce contre toute idée d'opération sanglante, et préfère souvent abandonner les malheureuses atteintes de kystes multiloculaires à la marche nécessairement fatale de leur maladie.

Nous avons eu la bonne fortune, avant notre départ de France, de suivre de très près un assez grand nombre d'ovariotomies, et nous attribuions alors les heurenx résultats obtenus chez les deux tiers des opérées, au luxe de précautions dont le chirurgien entourait ces opérations et surtout à l'emploi rigoureux de la méthode antiseptique. Entré dès 1868, dans la voie de l'ovariotomie, dès les premiers succès publiés par Kœrberlé, enhardi par la pratique de Spencer Wells, qu'il suivit pendant quelque temps à Londres, en compagnie du regretté professeur Dolbeau, mon père se servit invariablement, jusqu'en 1881, du clamp de l'illustre chirurgien de Londres et de son mode de suture aussi simple que sûr. Pour mieux assurer l'occlusion

absolue du ventre au niveau du pédicule, il avait l'habitude de l'étreindre fortement avec un long fil de catgut ou de soie au-dessous du clamp et se servait des deux chefs du même fil pour faire à ce niveau un point de suture ; une fois même, il trouva le pédicule si grêle qu'il supprima le clamp et se borna à comprendre le pédicule, lié, au préalable, dans la suture des parois : c'était en quelque sorte un acheminement vers l'abandon complet du pédicule.

Cette méthode fut essayée, en avril 1881, à l'hôpital civil de Rochefort, sur une jeune femme épuisée par la fatigue et par les privations de tout genre. Il s'agissait d'un kyste uniloculaire, qui avait été enrayé dans son développement, dix années auparavant, par des ponctions aspiratrices et par des injections alcooliques, mais qui s'était reproduit de nouveau. L'ovariotomie, faite en présence de mon père, par M. le professeur Bonnafy, n'offrit pas le moindre incident ; mais la malade succomba le lendemain dans un état de collapsus complet. L'autopsie démontra l'existence d'une péritonite d'aphragmatique. La suture était parfaite, ainsi que le fil de catgut qui enserrait le pédicule, et la mort ne pouvait, en aucune façon, être attribuée à l'abandon du pédicule dans le ventre.

Malgré cet insuccès, ou plutôt à cause de l'aspect du pédicule ainsi traité, mon père n'hésita pas à agir de la même manière dans les trois observations que j'ai reproduites à la fin de ce travail. Bien qu'elles ne lui aient donné que deux cas de guérison, c'est-à-dire une proportion égale à celle de ses opérations

antérieures, il considère la nouvelle méthode comme un progrès très sérieux.

On parlait à peine, avant mon départ, de l'abandon du pédicule, et je trouvais, à mon retour, la plupart des chirurgiens ralliés à la nouvelle méthode. J'ai dû rechercher les causes de cette révolution, étudier la valeur des reproches adressés à l'ancienne méthode du clamp et les avantages du pédicule perdu, me préoccuper enfin des moyens d'en assurer la parfaite exécution.

Bien que l'opinion des chirurgiens soit à peu près faite sur le mode de traitement du pédicule, l'enquête demeure encore ouverte : je me suis efforcé d'en résumer les éléments, épars dans les statistiques, les mémoires et les thèses qui ont été publiés tant en France qu'à l'étranger, en y joignant les trois observations que j'ai pu suivre et les précieux enseignements que j'ai reçus. Tel est le sujet de cette dissertation inaugurale.

DIVISION DU SUJET

Les procédés de ligature et de traitement du pédicule se rattachent à deux méthodes principales :

1° L'une, *extra-péritonéale*, consiste à tasser fortement le pédicule ou à le lier et à le fixer en dehors du péritoine. Des fils à ligature, des instruments analogues aux casseaux des vétérinaires, comme celui dont se servit Kiwisch, en 1850, des clamps comme celui d'Hutchinson, dont ceux de Spencer Wells, Kœberlé et autres, ne sont que des variantes, des serre-nœuds, des cautères de formes diverses, tels sont les moyens dont elle dispose pour prévenir l'hémorrhagie et pour maintenir le moignon au dehors pendant le temps nécessaire à sa mortification et à son élimination ;

2° L'autre, *intra-péritonéale*, consiste dans l'abandon du pédicule dans le ventre après l'avoir lié, cautérisé ou traité d'une façon quelconque pour rendre toute hémorrhagie interne impossible ; les moyens dont elle dispose sont absorbables, le pédicule abandonné ne se putréfie pas, il n'expose pas à la suppuration intra-abdominale, non plus qu'à une péritonite extensive : tels sont, du moins, les avantages que lui attribuent ses partisans. Nous chercherons à les apprécier ;

3° Entre ces deux méthodes se range un mode de pratique ou plutôt un expédient opératoire, qu'on désignait autrefois sous le titre de méthode intra-péritonéale et que nous préférons appeler *méthode mixte* ; elle consiste à lier le pédicule et à le laisser au fond de la cavité abdominale en maintenant au dehors les fils à ligature ramenés vers l'angle inférieur de la plaie. Cette méthode, qui ne donne pas plus de garanties contre l'hémorrhagie que la précédente, qui prédispose avec suppurations profondes par la présence prolongée des fils dans le péritoine, réunit plutôt les inconvénients que les avantages des deux autres ; aussi n'est-elle plus utilisée aujourd'hui que dans des cas tout à fait exceptionnels. Comme ressource extrême, elle a parfois rendu d'importants services à Mac-Dowell, à Clay, à Kœberlé.

Les deux premières méthodes sont seules en présence ; nous ne voulons ici nous occuper que de la *méthode intra-péritonéale.* Après un aperçu historique très succinct, nous étudierons l'anatomie du pédicule, les phénomènes qui résultent de son abandon dans le ventre, tant au point de vue du moignon que des fils mis en usage ; nous examinerons les avantages et les inconvénients respectifs des deux méthodes et nous terminerons notre travail par le manuel opératoire.

Historique

L'idée d'abandonner le pédicule dans la cavité abdominale, après l'avoir lié, cautérisé ou traité d'une manière quelconque,

n'est pas de date très récente ; elle fut mise au jour, pour la première fois, par Nathan Smith, de Baltimore, en 1821. Ce chirurgien se borna à lier isolément, avec des ligatures en peau de chevreau, deux artères du pédicule ainsi que deux artères épiploïques, et replaça le tout dans la cavité péritonéale, qu'il ferma avec soin. Rogers, de New-York, imita sa conduite, en 1830. Cette pratique s'introduisit en Angleterre sous l'impulsion de Tyler Smith ; mais la crainte des hémorrhagies internes la fit bientôt abandonner et on lui préféra la méthode extra-péritonéale. On n'employa d'abord que de simples fils de chanvre et de soie passés à travers le pédicule et la plaie extérieure ; puis vinrent les engins constricteurs appelés clamps, presque aussi nombreux que les ovariotomistes ; chacun voulait avoir le sien ; la fixation du clamp et l'application des sutures à son niveau constituaient l'un des temps les plus délicats de l'opération.

L'emploi presque exclusif de la méthode antiseptique a modifié profondément la pratique des ovariotomistes, et on peut dire que, presque partout, la méthode intrapéritonéale a remplacé l'emploi du clamp.

Si on consulte les statistiques dressées dans ces dernières années, on voit que le nombre des guérisons s'est considérablement accru depuis qu'on a renoncé au clamp. Les premières tentatives de Spencer Wells dans ce sens n'étaient cependant pas de nature à encourager les chirurgiens : quatre fois, il avait essayé, avant l'emploi des antiseptiques, il est vrai, de lier le pédicule et de le rentrer dans le ventre, et il avait eu quatre

morts. Converti à la nouvelle méthode par les succès éclatants qu'elle donnait dans la plupart des grandes opérations, il la défendit chaleureusement, en 1880, dans une discussion mémorable à la Société médico-chirurgicale de Londres : « Avant d'adop-
« ter les antiseptiques, j'ai eu une fois 27 cas, et deux fois 21
« cas sans décès ; ce fut pourquoi j'hésitais, craignant mal faire
« en changeant ; mais, lorsque je compare les résultats de la
« méthode antiseptique avec ceux que donnent les autres, je
« trouvai que la comparaison est plus favorable aux antisepti-
« ques : les résultats statistiques montrent que, sur 84 cas d'ova-
« riotomie opérés dans la pratique privée avec l'emploi de l'acide
« phénique et du spray, il n'y eut que 6 morts et 78 guérisons,
« tandis que, dans les 84 autres cas opérés en dehors de la
« méthode listérienne, il y eut 21 morts laissant seulement 63
« guérisons. A mesure que je continuais, je devins de plus en
« plus habitué à la méthode et au traitement antiseptique ;
« j'évitais les erreurs, j'obtins alors un cours de 36 cas sans
« aucune mort, en ajoutant cinq autres opérations importantes
« de l'abdomen. Je puis mentionner le résultat de 43 cas sans
« mort, et ces faits témoignent avec plus d'évidence en faveur du
« système du professeur Lister que des volumes entiers sur la
« matière théorique. » (*Manuel de Mac-Cormac*, p. 286.)

Granville Bantock, successeur de Spencer Wells à l'hôpital de la Samaritaine, compte, sur 100 cas, 82 guérisons : encore n'a-t-il eu que 2 morts dans ses 25 dernières opérations depuis qu'il rentre le pédicule.

M. Knowsley Thornton écrivait, à la date du 28 octobre 1839, à M. Mac-Cormac que cette pratique avait exactement réduit de moitié sa moyenne d'insuccès dans l'ovariotomie.

Olshausen, dans un rapport publié dans la *Volkmann's Klinische Vortrage*, mentionne des résultats encore plus probants ; il avait perdu 19 malades sur 40, par les anciennes méthodes ; depuis qu'il a recours à la nouvelle, il n'a perdu que 1 malade sur 19.

Nusbaum, à Munich, a, lui aussi, transformé sa pratique, et, depuis qu'elle est devenue listérienne, ce qui lui a permis de réduire le pédicule, il a vu s'abaisser de moitié le chiffre de ses décès.

La mortalité, qui était, en somme, de 43 0/0 en Allemagne, est tombée à 10 0/0 et tend encore à diminuer sous l'influence des précautions les plus minutieuses. Nos voisins sont trop méthodiques pour en négliger une seule et on peut presque dire de tous ce qu'on a dit de Spiegelberg : ils sont plus listériens que Lister lui-même. Bruns et Billroth sont seuls demeurés réfractaires à la réduction.

En Italie, on a abandonné peu à peu l'usage du clamp et les résultats de l'ovariotomie deviennent de plus en plus favorables ; mais nulle part peut-être cette heureuse transformation n'a été mieux accusée qu'en Suisse : à Berne, Kocher obtient 22 succès sur 25 cas ; Ask, en 1880, a eu, dans un hôpital, 14 succès sur 14 opérations.

En Belgique, M. Thiriar a réuni dans une thèse d'agrégation

fort remarquable treize observations dont sept personnelles ; les six autres sont empruntées à la pratique de MM. Deroubaix, Sacré et Van Volxem : jamais on n'a usé du clamp dans ces opérations.

La réduction du pédicule est, toutefois, en Belgique comme en France, de date assez récente et elle n'a véritablement pris chez nous une existence officielle qu'en 1879, dans la séance de la Société de chirurgie, du 8 octobre. M. Tillaux y vint, à propos d'une opération dans laquelle il avait suivi cette méthode, demander à la Société si on devait dans tous les cas rentrer le pédicule dans le ventre et s'il ne fallait pas poser à cet égard quelques indications spéciales ; MM. L. Labbé, Terrier, Nicaise, Polaillon, Lucas Championnière s'en firent les défenseurs, et, dans un travail récent, M. Terrillon ne songe même plus à mettre en doute la supériorité de la réduction du pédicule. « Actuellement, dit-il, « tous les ovariotomistes sont d'accord pour rentrer le pédicule « dans l'abdomen en le laissant flotter librement après avoir « assuré l'hémostase d'une manière absolue. » Sur 22 ovariotomies, dont 19 pour des kystes uniloculaires existant sur les deux ovaires dans cinq cas, M. Terrier n'a eu que 2 morts, soit 8 0/0. C'est donc le plus beau succès obtenu jusqu'ici en France ; ce que l'auteur attribue au pansement de Lester et à la réduction du pédicule. Nous trouvons encore sur ce point quelques réserves établies par M. S. Duplay, dans sa préface de l'édition française du livre de Spencer Wells : « Il serait, dit-il, peut-être impru- « dent de proscrire le traitement intrapéritonéal. »

En résumé, depuis 1879, on ne rencontre plus, dans les recueils scientifiques, pas plus à l'étranger qu'en France, qu'un très petit nombre d'opérations faites à l'aide du clamp. Bonney, à Nîmes, Hergott, à Nancy, Dezanneau, à Angers, Duplouy, à Rochefort, tous rentrent le pédicule, et cette pratique s'impose tellement à l'esprit, qu'on ne publie même plus d'observations pour ou contre. Aussi nous a-t-il été assez difficile de connaître les résultats de la pratique des chirurgiens de Bordeaux. Si les renseignements que nous avons pu recueillir à ce sujet sont exacts, M. Lannelongue (pour ne parler ici que des ovariotomies avec pédicule perdu), compterait trois succès sur quatre ; encore la malade, qui a succombé et qui était âgée de 60 ans, a-t-elle été emportée par une pneunomie double, que son âge n'a pas peu contribué à aggraver. M. Lande compte deux succès sur deux opérations par la nouvelle méthode ; MM. Demons et Dudon abandonnent également le pédicule dans la cavité abdominale.

Ce consensus, presque unanime, des chirurgiens repose non-seulement sur les statistiques publiées de toutes parts, mais encore sur les expériences qui établissent d'une façon complète la parfaite innocuité des ligatures et la sécurité qu'elles offrent au point de vue de l'hémorrhagie. Pour mieux en apprécier la valeur, jetons un coup d'œil sur la structure du pédicule.

Structure du pédicule.

Le pédicule est, d'après les recherches de Werth, constitué en dehors par la partie externe du ligament large, en dedans par le

ligament de l'ovaire ; entre les deux se glisse le repli péritonéal qui recouvre le pavillon de la trompe ; il apparaît sur la face antérieure du cordon général : telle est la disposition la plus ordinaire d'un pédicule complet, alors que les kystes ovariques ont atteint un degré assez avancé de développement. Dans les premiers temps de la formation de ces tumeurs, le pédicule ne comprend pas tout d'abord le pavillon de la trompe, qui ne s'y adjoint que par voie d'attraction, attiré qu'il est par la traction qu'exerce le kyste sur le repli péritonéal correspondant ; la trompe, de sinueuse qu'elle était, devient alors sensiblement horizontale et vient s'étaler sur la paroi inférieure du kyste, auquel on la trouve souvent adhérente.

Dans les kystes très volumineux, le pédicule subit une tension excessive, qui en amène fréquemment le craquement ; sa partie centrale, membraneuse et peu résistante, se rompt, et il se décompose alors en deux piliers : l'un formé de la trompe et du ligament rond ; l'autre, du bord externe du ligament large.

La section d'un pédicule y démontre des vaisseaux sanguins très volumineux, béants à la coupe, représentés par les artères en nombre variable, rarement plus de deux à trois, provenant de la branche ovarienne de l'artère utéro-ovarienne ; elles occupent, sous la forme de faisceaux, la partie externe du pédicule. On trouve parfois au bord interne du pédicule, des vaisseaux qui proviennent de la branche utérine ; il importe, de noter que c'est dans les pédicules grêles et allongés qu'on rencontre les plus grosses artères.

Quant aux veines, elles n'ont point de disposition fixe. Ordinairement sinueuses, comme tous les plexus veineux de la région, elles sont souvent très volumineuses. Des vaisseaux lymphatiques et même des nerfs de volume variable complètent la structure du pédicule, qui est recouvert d'une membrane en général ferme et élastique. Ce n'est autre chose que le péritoine qui peut subir des transformations diverses : tantôt graisseux, d'autres fois vascularisé par places au point d'offrir, çà et là, des sortes d'excroissances fongueuses, il n'a pas toujours un calibre régulier ; on le trouve parfois tordu sur lui-même, enroulé en vrille à l'instar du cordon ombilical, comparaison d'autant mieux fondée que Spencer Wells se vit forcé, dans certains cas, avant d'appliquer le clamp, de dérouler le pédicule, en faisant exécuter à la tumeur trois ou quatre torsions en sens invers de son enroulement. Si la rotation est complète, les veines peuvent être comprimées bien que le sang continue à affluer dans les artères : de là des congestions, des épanchements, voire même de véritables apoplexies qui peuvent amener la rupture des kystes. Toutes ces différences s'expliquent assez facilement par le volume variable du kyste et par la rapidité de son développement. Lorsqu'une tumeur ovarique envahit l'abdomen au point de refouler tous les organes, on voit assez fréquemment l'épiploon contracter avec elle des adhérences tellement intimes que les vaisseaux épiploïques pénètrent à travers ses parois et constituent pour la masse morbide un véritable pédicule supplémentaire qui doit être traité de la même façon que le pédicule proprement dit. J'ai vu lier ainsi des vaisseaux

épiploïques dans l'extirpation d'un kyste multiloculaire : étreints avec un fort catgut, ils furent coupés entre le kyste et la ligature, puis abandonnés dans le ventre, sans qu'il en résultât le moindre accident.

Phénomènes que présente le pédicule abandonné dans le ventre.

Les ovariotomistes n'avaient en vue, alors qu'ils employaient exclusivement le clamp, que la mortification et l'inflammation éliminatrice qu'on observe à la suite de cette méthode ; ils pensaient qu'un travail analogue devait nécessairement s'opérer à l'intérieur du ventre sur les pédicules abandonnés et qu'il devait en résulter une décomposition putride du moignon. La crainte de la septicémie, bien légitimée par ces vues purement théoriques, les empêchait de renoncer au clamp. Les choses sont pourtant bien loin de se passer ainsi et on eût pu le prévoir plus tôt si on se fût souvenu des vieilles expériences dans lesquelles des testicules de chiens étaient introduits dans la cavité abdominale des poules ; ils y subissaient d'abord une sorte d'infiltration graisseuse, puis disparaissaient, au bout d'un certain temps, par voie de résorption. Les récents travaux de Spiegelberg et Waldeyer ont démontré de la façon la plus nette, qu'on peut exciser sur des chiennes, des portions de cornes de l'utérus, en laissant les

ligatures à l'intérieur, sans le moindre résultat fâcheux ; qu'on peut également abandonner des portions complètement détachées ou cautérisées de ces mêmes organes, dans la cavité péritonéale, sans qu'il se produise de décomposition putride ni de péritonite extensive. La ligature ou la cautérisation offrent à ce point de vue la même innocuité ; d'autre part, si on consulte les autopsies pratiquées après des ovariotomies récentes, on ne constate pas de suppuration des moignons du pédicule : la portion située au delà de la ligature continue à vivre par une sorte d'imbibition qui lui permet d'attendre, sans se putréfier, que les vaisseaux capillaires qui passent sous la ligature aient assuré sa nutrition. C'est là, du moins, ce qui résulte des recherches de A. Doran, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy ; dans les deux cas observés par ce chirurgien, le moignon fut trouvé, après six jours seulement, déjà uni au ligament large et cela d'une façon assez résistante, par une exsudation plastique qui cachait le sillon formé par la ligature. Bantock, qui a eu l'occasion d'observer un pédicule abandonné, sept mois après l'opération, chez une femme morte de maladie intercurrente, a constaté qu'il avait contracté des adhérences très solides et très vasculaires avec l'épiploon et le ligament large. A une période plus avancée, le docteur Carter a pu examiner sur le vivant l'état du pédicule laissé dans le bassin, dix-huit mois après l'extirpation d'un kyste ovarique ; l'autre ovaire s'étant pris à son tour, il fallut procéder à une seconde ovariotomie et on put voir, au cours de l'opération, le moignon du premier pédicule adhérent au bord antérieur du ligament large

et réduit au volume d'un pois, de consistance assez dure. Ainsi, le pédicule abandonné commence par se couvrir d'un exsudat plastique, à moins que la mort ne soit survenue dans les vingt-quatre premières heures, par le fait du collapsus, comme chez une opérée que nous avons vue à l'hôpital Saint-Charles et à laquelle nous avons fait allusion au commencement de ce travail. A l'exsudation succèdent la vascularisation, les adhérences et enfin la résorption graduelle du pédicule abandonné ; l'anatomie pathologique confirme donc pleinement les résultats des vivisections sur les animaux. Il est un autre genre de vivisection (qu'on nous passe le mot) qu'on peut également invoquer pour démontrer l'innocuité de la méthode : nous voulons parler de l'ovariotomie normale ou de la castration thérapeutique. Cette opération n'a été jusqu'ici pratiquée en France qu'une seule fois, par Kœberlé, non que certains cas incurables d'hystéro-épilepsie ne soient de nature à justifier toutes les hardiesses thérapeutiques, mais elle nous vient d'un pays dont nous redoutons les innovations. C'est pourtant de là que nous sont venus d'autres essais qualifiés sévèrement à leur aurore ; j'ai nommé les plus grandes conquêtes de notre siècle : l'anesthésie et l'ovariotomie. Quel que soit l'avenir réservé à cette opération, les cinquante-et-un faits qu'a relevés M. Goodel dans le *Journal médical* de Boston nous fournissent de précieux renseignements à l'appui de notre thèse : les ovariotomistes normaux se fraient une voie vers les ovaires, soit par la paroi abdominale, soit par le vagin, méthode plus difficile, mais peut-être moins dangereuse que la première ; puis, saisissant les

ovaires avec le doigt recourbé en crochet, ils lient séparément la trompe et le ligament ovarien avec une aiguille armée d'un double fil de catgut ; l'ovaire est excisé et tout est replacé dans le ventre. Je n'ai pas vu signaler d'accident qu'on pût attribuer directement à ce mode de ligature. La mortalité générale serait environ d'un quart, résultat véritablement merveilleux, si on considère que dans cette opération le traumatisme vient surprendre brusquement un péritoine normal qui n'a point été habitué à souffrir comme le péritoine qui enserre les kystes ovariques et qui semblerait, par ce fait seul, devoir se révolter avec énergie contre cette violence.

Quant aux fils à ligature, les recherches des expérimentateurs allemands démontrent que, pendant les premiers jours, les fils d'origine soit végétale, soit animale, ne subissent aucun changement appréciable ; mais, après une semaine environ, on trouve, la plupart du temps, les ligatures fortement imprimées dans le pédicule dont le tissu forme un bourrelet au-dessus et au-dessous ; le sillon est comblé par un exsudat plastique, qui masque la ligature, et aux dépens duquel se forme un tissu cellulaire de nouvelle formation. On dit alors que les ligatures sont encapsulées. Le phénomène de la capsulation des ligatures se fait, comme on l'a vu, sur l'utérus des chiennes, sans la moindre trace de mortification au-delà de la ligature : tel est le fait général quand il s'agit d'un fil très résistant, comme la soie. Les fils de chanvre se gonflent et se ramollissent par l'imbibition du liquide plasmatique qui les entoure ; ils se laissent pénétrer par des lencocystes

et finissent même par se désagréger au bout d'un temps variable. On les a vus se résorber complètement, ou, du moins, on n'a plus retrouvé leurs parcelles dissociées ; mais ils sont plus fréquemment enkystés comme les fils de soie et il n'est pas très rare de voir les uns comme les autres servir de noyau de formation à des abcès qui se font jour soit à travers la paroi abdominale, soit par l'intestin. Hegar, de Fribourg a vu trois fois se produire cet accident, qui n'a fait que retarder la guérison.

Les fils de catgut disparaissent plus rapidement par voie de résorption, ou plutôt ils semblent se transformer peu à peu, suivant l'expression d'Hegar, en un tissu vivant par suite de la pénétration de lencocytes dans leur propre substance et par la formation d'une sorte de néoplasme cicatriciel, sans qu'on puisse dire au juste quel est le temps nécessaire pour que la transformation s'accomplisse ou pour que le catgut soit complètement résorbé : Lesser affirme qu'il faut une trentaine de jours. Les choses marcheraient infiniment plus vîte pour M. Thiriar, auquel nous empruntons ces données intéressantes : il résulte d'expériences faites par ce chirurgien sur des chiens et des lapins, et consignées dans sa thèse d'agrégation, qu'au bout de huit jours il ne retrouvait plus les fils de catgut n^{os} 2 et 3 dans la cavité péritonéale ; les catgut n^{o} 4, ainsi que les cordes à violon dont on se sert volontiers en Belgique pour lier le pédicule, disparaissent beaucoup plus lentement, et, dans tous les cas, ils ne nagent pas comme les fils de soie dans une sorte de liquide semi-purulent. C'est là un fait très important et qui semble de nature à faire

préférer le catgut au fil de soie à solidité égale. Toute la question est là. Nous avons toujours vu employer les fils de catgut à l'hôpital de Rochefort depuis le début de mes études médicales, et cela pour des artères volumineuses sans qu'il y ait eu d'hémorrhagies consécutives ; mon père a en lui une confiance absolue depuis dix ans qu'il en fait usage, et nous croyons que le catgut bien préparé, le nº 4, offre, au point de vue de la solidité, des garanties suffisantes.

M. Raoult a comparé au dynamomètre la résistance des fils de soie et de catgut, à l'aide d'expériences très simples : l'anse du fil soumis à l'expérience était passée sur un rouleau en peau de daim jouant le rôle de pédicule, et ses deux chefs étaient ramenés sur un dynamomètre qui était lui-même attaché à l'écrou mobile d'un serre-nœud de Cintrat. Il résulte de ses recherches :

1º Que le fil de catgut nº 0 se rompt sous une traction de 9 kilogrammes ;

2° Que le nº 1 présente une résistance de 15 kilog. ;

3º Que les nºs 2 et 3 cèdent à une traction de 21 et de 30 kilog., de telle sorte que les fils les plus fins ne doivent guère être employés que pour les ligatures perdues des très petits vaisseaux et qu'on ne trouve pas, au point de vue de la solidité de la ligature du pédicule, les conditions voulues de résistance, dans les nºs 1, 2 et même 3, qui ne conviennent que pour des adhérences épiploïques plus ou moins volumineuses ; le nº 4 doit être seul employé pour la striction hémostatique du pédicule. Encore M. Raoult préfère-t-il le fil de soie formé de trois chefs simples

dont se sert M. Péan pour les pédicules ordinaires ou l'espèce de cordonnet de soie auquel il a recours pour les pédicules très volumineux : le diamètre du premier répond au n° 3 de la filure Charrière et celui du second au n° 4 de la même filière ; mais leur ténacité n'est que très peu supérieure à celle du catgut, car M. Raoult n'a guère trouvé à grosseur égale qu'un kilog. de différence au dynamomètre ; aussi n'est-ce pas absolument à ce titre qu'il préfère la soie. Les fils de catgut s'allongent facilement sous une traction puissante tandis que, d'après les recherches du même auteur, les fils de soie ne présentent que peu d'élasticité et ne subissent dans les mêmes conditions qu'un allongement insignifiant. Ne serait-il pas à craindre que le catgut ne résistât pas assez longtemps pour mettre à l'abri d'hémorrhagies par le moignon de pédicule, sur lequel il peut glisser en vertu même de son élasticité ? Nous sommes vraiment peu touché de ce reproche en voyant le catgut n° 2 servir avec succès, entre les mains de Bœckel, de Strasbourg, à la ligature de trois artères fémorales et d'une carotide externe. Bryant obtint les mêmes résultats sur l'iliaque externe, la carotide primitive, la sous-clavière et la fémorale. Ces arguments valent bien ceux tirés des expériences au dynamomètre. Il serait bien autrement important de savoir au juste si la résorption du catgut est assez rapide pour devenir compromettante, s'il résistera assez longtemps pour s'opposer à toute hémorrhagie consécutive par le moignon du pédicule. On ne s'entend guère, nous l'avons dit, sur le temps nécessaire à la résorption du catgut : les expériences sur les animaux ne peuvent

guère être appliquées à l'homme dans toute leur rigueur, et, d'autre part, l'examen des pédicules *post mortem* ne peut nous fournir de données plus positives ; car, chez les femmes qui ont succombé après une ovariotomie, on doit admettre que l'état général a été plus ou moins compromis et que le travail physiologique duquel doit résulter la transformation ou la résorption du catgut, a pu être singulièrement influencé.

Nous avons relevé tous les cas de mort signalés dans les recueils que nous avions à notre disposition, nous bornant, bien entendu, aux cas où le pédicule a été abandonné, et nous n'y avons trouvé qu'un très petit nombre d'hémorrhagies secondaires: et, bizarre coïncidence ! chaque fois que le pédicule a pu être incriminé comme source d'hémorrhagie, il avait été étreint avec un fil de soie. Thornton, qui lie tous les pédicules avec la soie phéniquée, n'a eu qu'une seule hématocèle sur 170 cas ; elle s'est produite au moment des règles et paraît indépendante de l'opération. Le même accident s'était produit sur une malade de Spiegelberg, qui avait employé également la soie. Ces malades ont du reste guéri, et il est impossible de dire si l'hémorrhagie n'a pas été plutôt le fait d'adhérences vasculaires, momentanément aveuglées pendant l'opération et assez insignifiantes en apparence pour qu'on croie pouvoir les négliger. Ne peuvent-elles pas fournir des hémorrhagies inquiétantes, comme on le voit parfois dans les grandes opérations, sans qu'on songe à incriminer la ligature du vaisseau principal ?

Thiriar, qui emploie le catgut, comme tous les chirurgiens

belges, a perdu de cette façon une de ses malades à la suite d'une double ovariotomie ; l'autopsie fit voir que le sang provenait non pas du pédicule, mais de la rupture d'adhérences placées au côté droit du bassin : d'où le précepte salutaire de cautériser avec soin les surfaces saignantes quand on ne peut les lier ; car de petits vaisseaux, dont l'hémostase spontanée paraissait absolue au moment de la fermeture du ventre, peuvent se remettre à saigner.

Nous trouvons dans *The Lancet*, 1879, p. 451, un cas de mort par hémorrhagie survenue au quatrième jour ; la ligature, qui consistait en un double fil de soie, avait profondément ulcéré le pédicule.

L'hémorrhagie par le pédicule est, on le voit, un fait extrêmement rare, et, en admettant qu'un certain nombre de cas d'hémorrhagie après ligature au catgut n'aient pas été publiés, nous pouvons admettre qu'au point de vue de la solidité, le catgut nº 4 peut être placé sur la même ligne que le fil de soie phéniqué. Un peu plus difficile à serrer parce qu'il est raide, souvent un peu tordu, et que l'huile dans laquelle il est conservé le fait glisser entre les doigts, il devient plus souple si on le plonge, pendant quelque temps, avant de l'employer, dans une solution phéniquée à 5 p. 100. Pour faire avec le catgut un nœud extrêmement serré, il suffit d'en saisir les chefs avec des pinces bien prenantes à mors plats et à point d'arrêt, comme nous l'avons vu faire dans les ovariotomies auxquelles nous avons assisté ; la striction ne laisse rien à désirer.

Mais si, au point de vue de leur résistance comparative, il est

à peu près indifférent d'employer un gros catgut ou un fil de soie, le catgut offre, au contraire, un avantage très marqué sur la soie quand on envisage la facilité avec laquelle se résorbent les deux genres de fil : le catgut disparaît plus vite que la soie, qui s'encapsule plus volontiers, et il n'expose pas autant qu'elle aux abcès consécutifs. Aussi, tout bien pesé, il nous paraît mériter la préférence dans tous les cas.

Il est un genre de ligature qui, théoriquement, semble encore préférable, mais il n'a pas encore été assez expérimenté pour qu'on puisse apprécier sa valeur : c'est la ligature élastique, à laquelle le docteur Klaberg, d'Odessa, a eu recours avec succès dans deux cas d'hystérectomie. Il semble qu'elle doive suivre le retrait, l'absorption ou la section des éléments constituants du pédicule et exercer, en vertu même de son élasticité, une pression constante sur les vaisseaux. On sait qu'il n'est pas absolument nécessaire que les fils opèrent la section des tuniques internes des vaisseaux pour qu'il y ait arrêt de l'hémorrhagie et qu'il suffit pour cela d'un accollement exact des parois. Déjà, M. Budin, chef de clinique à la Maternité de Paris, a conseillé l'emploi de fils de caoutchouc pour la ligature des cordons gras, et il y a tant d'analogies entre le cordon ombilical et les pédicules kystiques, qu'on peut songer, comme le propose M. Raoult, à les appliquer aux pédicules volumineux, œdémateux, susceptibles de diminuer de volume. Les ligatures élastiques n'ont pas, que nous sachions, été employées sur le vivant. La question pratique demeure donc, pour le moment, circonscrite entre les fils de soie et de catgut ;

car nous ne voulons citer que pour mémoire les fils métalliques, soit de fer, soit d'argent, dont Marion Sims et Péan firent autrefois un grand usage : absolument réfractaires à l'absorption, ils ont le très grave inconvénient de sectionner trop facilement les parties qu'ils enserrent et de prédisposer à l'hémorrhagie. Disons, pour être complet, mais sans les recommander à aucun titre, que, faute de mieux, on peut, à la rigueur employer, les fils de chanvre, dont l'usage est aussi vieux que la chirurgie elle-même, et que la peau de daim, de chevreau, le fil de Florence, le crin, les cheveux, etc., ne méritent aucune confiance.

Inconvénients du clamp.

Ce n'est pas sans des raisons puissantes que la plupart des ovariotomistes ont renoncé au clamp, depuis quelques années.

On lui reproche :

1° De ne pas permettre l'occlusion absolue du ventre et par conséquent de rejeter l'ovariotomie en dehors du champ de la méthode antiseptique, qui assure le succès de toutes les grandes opérations. Sans doute, on peut arriver à fermer le ventre, malgré le clamp, en passant immédiatement au-dessus et au-dessous de lui des sutures profondes et en traversant le pédicule lui-même avec un fil qui sert à faire à son niveau un point de suture ; mais on est forcé de soulever de temps en temps toutes les pièces de pansement pour examiner le clamp et le pédicule, pour

momifier le moignon ; puis, lorsqu'il se détache, il faut surveiller de très près l'angle inférieur de la plaie qui baîlle largement en ce point et devient une sorte d'entonnoir où stagne incessamment du pus ; le pédicule qui plonge vers l'intérieur du ventre peut y laisser filtrer les produits de la suppuration et exposer à de graves accidents. Il faut que, jusque vers le quinzième jour (car il est rare que le moignon mortifié se détache avant cette époque), la malade garde la position horizontale ; la guérison se fait même attendre parfois beaucoup plus longtemps, et ce n'est pas toujours sans anxiété que le chirurgien, préoccupé par la suppuration de l'angle inférieur, se décide à enlever les points de suture profonde pour les remplacer par une suture sèche au collodion. La guérison est infiniment plus prompte avec le pédicule perdu, et on trouve à chaque pas, dans les annales de la science, des observattons dans lesquelles on a pu l'obtenir en très peu de jours sans le moindre incident.

2° La méthode extrapéritonéale exerce sur les parties profondes et notamment sur le fond de l'utérus, des tiraillements qui peuvent être considérables, pour peu que le pédicule offre une certaine brièveté. Si le kyste est presque sessile, elle rapproche de vive force le sommet de la matrice de la paroi abdominale et peut produire, dès les premières heures qui suivent l'opération, des crampes utérines et lombaires extrêmement douloureuses. Nous avons observé ce symptôme chez deux opérées, et il a paru, chez l'une d'elles, être le point de départ d'une péritonite mortelle, après une opération qui n'avait présenté, d'ailleurs, aucune difficulté.

Le clamp, attiré par le pédicule, déprime fortement la paroi abdominale et exerce sur les sutures voisines, des tiraillements de nature à irriter le passage des fils et à provoquer l'inflammation des parois. Ces inconvénients sont plus à craindre avec les clamps rectilignes qu'avec les clamps incurvés, comme celui de Spencer Wells ; mais on ne peut les supprimer complètement, pas plus avec les uns qu'avec les autres. Nous avons vu chez une malade, le point d'application du clamp produire une véritable ulcération.

Le clamp peut entraîner des désordres bien autrement sérieux vers les organes profonds : le ligament large peut être fortement soulevé de façon à représenter une sorte d'éperon qui menace à chaque instant la malade d'étranglement interne, comme le ferait une frange épiploïque. M. Duplouy n'est pas éloigné d'attribuer au clamp appliqué sur un pédicule court la mort de sa première opérée (*De l'Ovariotomie dans le Sud-Ouest de la France, 1re observation*). Cette malade, qui avait éprouvé, le premier jour, des crampes atroces, peut-être dues à la traction du pédicule, fut prise, quatre jours après, d'éructations et de tympanite que rien jusque là n'avait fait prévoir. « L'absence d'autopsie ne m'a pas « permis, dit le chirurgien, d'analyser les causes de la tympanite : « faut-il l'attribuer, comme l'a fait Kœberlé, dans un cas ana- « logue, au soulèvement du rectum par le pédicule fortement « attiré à l'extérieur ? Est-elle purement et simplement le résultat « d'une péritonite, qui n'était que trop à craindre avec l'incision « effrayante que nous avions faite ? Quel rôle a joué dans la « production des accidents, la présence du drain ? »

Le même chirurgien eut à lutter contre des accidents analogues chez sa quatrième opérée, qu'il eut le bonheur d'arracher à une mort certaine, par l'introduction d'une longue canule dans le rectum. Le soulagement immédiat qui suivit cette pratique ne lui permit pas de douter qu'il ne s'agît d'un coude de la partie supérieure du rectum, car ici, comme dans le cas précédent, le pédicule était tellement court, que la section avait dû porter sur la poche elle-même pour éviter des tiraillements excessifs ; mais il y avait néanmoins une attraction très notable des parois abdominales vers le fond de l'utérus.

La brièveté du pédicule expose, d'après M. Lucas Championnière, à d'autres inconvénients quand on fait usage du clamp. Ce chirurgien distingué a plusieurs fois constaté pendant les manœuvres opératoires, que si on exerce des tractions sur la tumeur, il se produit, par le fait du tiraillement du pédicule, une extrême irrégularité du pouls ; il attribue ce phénomène nerveux à un acte réflexe dépendant de la construction des filets du grand sympathique répandus sur le pédicule. Quoi qu'il en soit de cette interprétation, il faut tenir un compte très sérieux du fait d'observation dont nous pouvons rigoureusement conclure que la traction exagérée produite par le clamp expose les opérées à des troubles circulatoires compromettants pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer, avant la cicatrisation, la brusque rentrée du pédicule qui a été signalée par quelques chirurgiens. Péan a noté une péritonite mortelle, qui n'a

pas eu d'autre cause chez une malade prise de bronchite pendant les suites opératoires ; on comprend facilement la possibilité de cet accident quand on songe que certaines opérées sont forcées de tenir pendant quinze à vingt jours la position demi-assise, sous peine d'éprouver des douleurs violentes vers les aines ou vers les reins ; le pédicule fixé à la paroi peut même exercer une traction si énergique que la malade soit forcée de marcher constamment courbée, comme l'a vu l'éminent chirurgien de Saint-Louis, plusieurs mois après la cicatrisation.

On a accusé les pédicules adhérents à la paroi, d'exercer sur le fond de l'utérus une traction fâcheuse au point de vue des fonctions de cet organe ; la gestation ne peut être, chez certaines femmes, menée à bonne fin, et l'avortement se produit à une période variable de la grossesse. On trouve dans le livre de Spencer Wells, un grand nombre d'exemples de femmes qui ont très heureusement accouché après une ovariotomie, bien que le pédicule ait été traité par la méthode extra-péritonéale ; malheureusement, il n'a pas été tenu note, dans cette longue et intéressante statistique, de la longueur du pédicule. Deux femmes, ovariotomisées par mon père et traitées par le clamp, sont devenues mères, sans que la grossesse ait été en rien entravée ; chez toutes deux, les pédicules kystiques étaient d'une longueur et d'une gracilité extrême.

3° La méthode extra-péritonéale expose, dit-on, les malades au tétanos. Nous ne trouvons guère à l'appui de cette accusation que les recherches de Reverdin ; mais elles nous paraissent assez

concluantes. Le chirurgien de Genève établit que sur onze cas de tétanos relevés dans les recueils scientifiques, à la suite de l'ovariotomie, on avait eu sept fois recours au clamp et quatre fois à la méthode mixte ; par contre, on ne trouve aucun fait de tétanos au passif de l'abandon du pédicule.

4° Le clamp prédispose en outre, aux éventrations quand le pédicule est épais et court et qu'il se fait à son niveau une large cicatrice, un énorme nombril supplémentaire. Ce fait a été noté plusieurs fois par les ovariotomistes ; aussi convient-il de prescrire aux opérées l'usage d'une ceinture hypogastrique, surtout si elles portaient une tumeur volumineuses. J'ai vu, en dépit de cette précaution, se produire une hernie ventrale chez une dame, des environs de Saint-Maixent, que mon père avait opérée en 1879, pour un énorme myôme qui avait envahi tout l'abdomen : il avait végété dans le ventre, s'était creusé d'une quantité innombrable de géodes à contenu variable, et se comportait absolument comme un kyste multiloculaire ; le diagnostic n'avait pu être fait avant l'opération, car il ne pouvait guère reposer que sur les pertes sanguines assez abondantes qu'éprouvait la malade, et ce signe n'a rien d'absolu puisqu'on peut parfois le rencontrer avec des tumeurs solides ou polykystiques des ovaires. Il fallut, pour détacher la masse morbide, inciser le fond même de l'utérus qu'on maintint au dehors à l'aide de deux broches entrecroisées ; il en résulta une forte dépression des parois abdominales et la formation d'une très large cicatrice par laquelle se fit une véritable éventration.

Reproches faits à la réduction du pédicule.

La réduction du pédicule met à l'abri de tous ces accidents ; elle prévient la septicémie, expose moins sérieusement à la péritonite, et l'on n'a guère à lui opposer que la possibilité d'une hémorrhagie interne et l'extrême difficulté d'y parer *de visu*, si, par malheur, elle venait à se produire. Ce reproche, s'il était fondé, entraînerait à coup sûr la condamnation de la ligature ; mais les hémorrhagies sont extrêmement rares, et nous croyons qu'on peut les prévenir d'une manière absolue par le mode de striction du fil, surtout si l'on a soin de pas couper le pédicule trop près du nœud ; faute de cette précaution, l'anse du fil pourrait glisser sur l'enveloppe péritonéale et s'échapper par l'extrémité du moignon ; la section doit se faire à un centimètre au moins au-delà du fil.

On a formulé contre la réduction du pédicule une objection qui est loin d'être sans valeur : les adhérences que le pédicule abandonné peut contracter avec les organes voisins exposent à des accidents d'obstruction plus ou moins graves et parfois à un véritable étranglement. Les expériences faites sur des chiennes et sur des lapines par les Allemands, quelques autopsies dans l'espèce humaine ont, en effet, démontré que parfois des pédicules d'une certaine longueur se sont soudés à l'utérus, à l'intestin, à la paroi abdominale, et que, fixés par leur extrémité libre, ils

représentaient des sortes de ponts sous lesquels les viscères abdominaux peuvent s'engager. Ces faits importants ne doivent pas être perdus pour la pratique, et il est bien facile de faire taire cette objection en ayant soin de ne pas laisser au pédicule une trop grande longueur.

A la méthode du pédicule perdu se rattache la cautérisation, qui est exclusivement employée par Baker-Brown et par Keith, d'Edimbourg. Elle présente, au point de vue de la vitalité du moignon, les mêmes garanties que la ligature : l'escharre ne se détache pas ; elle ne donne lieu à aucun travail de suppuration ; elle commence par s'encapsuler dans un exsudat fibrineux et s'unit aux organes environnants par du tissu conjonctif, de nouvelle formation ; puis, les particules charbonneuses, qu'on retrouve pendant longtemps dans le tronc du pédicule ainsi que dans son voisinage, finissent à la longue par être entraînées par le torrent circulatoire dans toutes les parties de l'organisme, de telle sorte qu'au bout d'un temps très éloigné, il serait impossible de découvrir sur les débris d'un pédicule ainsi traité, les traces d'une ancienne cautérisation. Ce mécanisme admirable a été étudié avec beaucoup de soin par Maslowski, de Saint-Pétersbourg. N'ayant jamais vu employer la cautérisation qu'à titre purement adjuvant, je ne saurais me permettre de hasarder un jugement sur sa valeur ; je me sens toutefois instinctivement porté à craindre qu'elle ne mette pas aussi sûrement à l'abri de l'hémorrhagie interne qu'une ligature bien faite.

CONCLUSIONS

La ligature avec réduction, qui gagne chaque jour du terrain, doit être, ce nous semble, appliquée à tous les pédicules, quelle que soit leur longueur et leur épaisseur.

Pour les pédicules grêles, elle se présente avec tous les avantages que nous lui avons reconnus : imputrescibilité, absence de tiraillements immédiats ou consécutifs, réunion primitive, etc. Pour les pédicules très courts et très épais, elle est commandée par cette brièveté même, car il serait impossible ou dangereux de les attirer de vive force par le clamp et on ne pourrait songer qu'à la méthode mixte : c'était la seule ressource avant l'emploi des antiseptiques. La réduction du pédicule, qui ne laisse pas de corps étranger dans le ventre et qui permet l'occlusion de la plaie, doit lui être préférée.

En dehors de quelques cas, tellement compliqués qu'ils ne sauraient se réduire aux règles habituelles et que le chirurgien y fait plutôt ce qu'il peut que ce qu'il veut, nous croyons, en un mot, que le clamp doit être abandonné et que la révolution qui s'est faite en chirurgie en faveur de la méthode intra-péritonéale est à la fois salutaire et durable.

Règles principales de la ligature.

On emploiera de préférence le fil de catgut n° 4, avec lequel on fera une seule ligature bien serrée, pour les pédicules longs et grêles ; on assurera la striction par le *nœud du chirurgien.*

Si le pédicule offre une certaine épaisseur, on fera bien de le traverser en son milieu avec un double fil de catgut, en se servant soit de l'aiguille à pointe de trocart de Spencer Wells, soit de la longue aiguille à châs terminal de M. Terrier ; puis, selon l'excellent conseil de M. Terrillon, après avoir coupé l'anse de fil ainsi disposée, on entremêlera les chefs de façon qu'en liant de chaque côté du pédicule, on ait deux anses unies entre elles comme les anneaux d'une chaîne. Les deux ligatures seront ainsi rendues solidaires et, par conséquent, elles ne pourront en aucune façon glisser sur le pédicule ; puis le pédicule sera coupé à un centimètre au moins des fils. On peut, pour plus de solidité, comme le conseille Spencer Wells, appliquer une autre ligature d'ensemble entre le point déjà lié et l'utérus. On aura soin de comprendre la trompe dans la ligature afin d'éviter l'hématocèle, dont elle pourrait être la source au moment du retour des règles.

Si le pédicule est gros et large, il conviendra de le lier en quatre faisceaux, en passant deux anses de catgut perpendiculairement l'une à l'autre dans l'épaisseur du pédicule. Il sera même parfois utile de décomposer les pédicules extrêmement épais en

cinq et six faisceaux pour que les ligatures portent plus immédiatement sur les vaisseaux ; car une ligature trop médiate exposerait à une hémorrhagie consécutive.

Ce mode de faire convient également à la suite de l'hystérectomie.

1re OBSERVATION

Kyste multiloculaire de l'ovaire très volumineux ; pédicule long et grêle réduit dans l'abdomen ; guérison.

Madame D***, 55 ans, d'origine alsacienne, habitant La Crèche (Deux-Sèvres), se présente à la clinique, le 6 octobre 1882, dans un état d'émaciation excessive, que rend plus effrayante encore le volume énorme de son ventre ; les traits du visage sont fortement tirés, la respiration est courte et précipitée, la peau sèche et terreuse. La tumeur qu'elle porte, dit-elle, depuis deux ans, a atteint en peu de temps des proportions colossales ; presque complètement éversée au dehors de l'enceinte du bassin, elle donne 1 mètre 20 centimètres de tour à l'abdomen et 61 centimètres de l'ombilic à l'appendice xiphoïde. Son apparition aurait coïncidé avec des pertes sanguines abondantes qui se sont fréquemment répétées depuis cette époque et qui ont puissamment contribué, avec le rapide développement de la tumeur, à épuiser la malade. Le moral est toutefois excellent, l'appétit est conservé. On cons-

tate à la palpation, à droite, des masses solides volumineuses, remontant jusque vers la face inférieure du foie ; à gauche, une vaste poche liquide ; le col de l'utérus est sain, très élevé ; on ne sent rien dans les culs-de-sac ; il y a un peu d'œdème des parois abdominales, pas d'adhérences appréciables. M. le docteur Jallais, de Poitiers, a fait, il y a deux mois, deux ponctions, qui ont donné quatre litres d'un liquide gommeux, de couleur citrine, à droite, et six litres et demi d'un liquide couleur chocolat, du côté gauche ; le ventre, quelque peu affaissé après cette évacuation, n'a pas tardé à reprendre ses dimensions premières.

La malade, admise à la maison de santé, s'y repose pendant quelques jours des fatigues du voyage et est soumise à l'usage quotidien du sous-nitrate de bismuth. L'opération est faite, le 14 octobre, par M. Duplouy, avec l'assistance de M. Bonnafy, professeur d'anatomie, et de MM. les docteurs Abelin, Aube, Fontorbe, Lecorre, etc.

Toutes les précautions antiseptiques ont été prises ; un pulvérisateur à vapeur fonctionne à distance pendant toute la durée de l'opération, dont nous retraçons rapidement les détails.

L'opérateur, placé entre les jambes de la malade, incise couche par couche la paroi abdominable du nombril au pubis, aveuglant chemin faisant les vaisseaux par l'application de sept pinces hémostatiques, puis il divise le péritoine avec précaution : la tumeur apparaît alors sous la forme d'une poche lisse, de couleur rose ardoisée, très manifestement fluctuante ; on la traverse avec le trocart fenêtré, sur lequel on fixe solidement la paroi kystique

avec deux fils entrecroisés, manœuvre accomplie du reste sans la moindre difficulté ; cette première poche est rapidement vidée du liquide séreux qu'elle contient ; on agit de même pour une seconde collection qui donne un flot de liquide brun-chocolat ; plusieurs poches de moindre volume sont successivement ouvertes ; puis on arrive sur une masse si considérable et si solide qu'on se décide à fragmenter la tumeur pour l'extraire, et à agrandir la place des parois au-dessus et à gauche du nombril pour faciliter le dégagement ; on étreint alors successivement, avec des fils de fer, des portions considérables de la tumeur qui sont réséquées au fur et à mesure avec un couteau. Cette manœuvre, longue et pénible, permet enfin d'amener au dehors, après une demi-heure d'efforts, presque toutes les parties solides, derrière lesquelles on trouve encore une grande loge liquide d'où le trocart fait jaillir un énorme flot d'un liquide séreux, jaune brunâtre. On découvre alors, vers la partie latérale droite, de longs filaments épiploïques adhérents à la poche et quelques adhérences intestinales faciles à séparer, sauf en un point, où la soudure est tellement intime qu'on préfère tailler, aux dépens de la paroi kystique, une sorte de collerette et la laisser dans le ventre après l'avoir fortement liée au catgut n° 2 ; plusieurs ligatures perdues sont jetées sur des artérioles et on amène enfin au dehors un pédicule très long et très grêle, offrant la trompe à son côté externe. On le lie en deux faisceaux séparés, au catgut n° 4, en lui laissant environ deux centimètres de longueur, et on replace le tout dans le ventre. Suture au fil de soie, en y comprenant le péritoine ; pansement de Lister.

L'opération a duré une heure et demie ; le poids des parties, tant solides que liquides extraites du ventre est de 30 kilogrammes. La malade, reportée dans son lit, éprouve un frisson violent qui dure environ deux heures, mais le reste de la journée se passe bien et, après quelques jours traversés par des hoquets, des éructations, des douleurs variables dans le flanc droit, de la fièvre, des sueurs, etc., avec des alternatives de calme complet, la malade, qui n'a cessé d'avoir confiance dans le résultat, arrive, sans trop d'incidents, au 20 octobre, époque de l'enlèvement des points de suture ; une suppuration assez abondante des parois ramène un peu de fièvre ; l'intestin fonctionne assez mal pendant quelque temps ; mais, à partir du 19e jour, la convalescence est franchement établie et la malade retourne dans son pays le 25 novembre.

IIe OBSERVATION.

Kyste multiloculaire ; réduction du pédicule ; mort six jours après l'opération.

Mlle X..., âgée de 41 ans, aliénée, traitée à l'Asile de la Providence, à Niort, est atteinte, depuis plusieurs années, d'un kyste très volumineux, dont on ne peut préciser exactement le point de départ ; la tumeur, parvenue à un degré excessif de développement, détermine une gêne constante de la respiration ;

la pauvre folle ne cesse de répéter que quelqu'un lui marche sur le ventre, elle s'imagine qu'une personne est toujours derrière la porte prête à venir trépigner sur elle, de façon que, bien que l'ovariotomie soit sans précédent sur une folle, elle s'impose à l'esprit de M. le docteur Quinemant, médecin de l'Asile, et de M. Duplouy, appelé en consultation. Il leur semble qu'en débarrassant la malade de sa tumeur, on peut légitimement espérer une amélioration dans l'état mental par la disparition de l'idée fixe qui n'aura plus dès lors de *substratum* matériel.

L'opération est pratiquée par M. Duplouy, le 23 janvier 1883, à l'Asile, en présence des médecins de Niort et avec l'assistance immédiate de MM. Quinemant, Abelin, Fontorbe, Duplouy fils. Il y avait quelque intérêt à observer les effets de l'anesthésie chez cette malade. Tout se passa chez elle comme chez d'autres aliénés auxquels MM. Quinemant et Pillet avaient eu déjà l'occasion d'administrer le chloroforme ; l'anesthésie fut rapidement obtenue en quelques aspirations, mais le réveil fut aussi facile que l'avait été le sommeil chloroformique et il fallut plusieurs fois la réendormir pendant l'opération ; comme chez les enfants, inconscients du danger, il n'y eut pas d'excitation chloroformique.

Le ventre, une fois ouvert à la méthode ordinaire, on tombe non sur une poche unique, comme aurait pu le faire penser la fluctuation générale de la tumeur, mais sur une masse de petits kystes inclus les uns dans les autres, à parois tellement minces et friables qu'ils se déchirent sous la moindre pression ; la situation se complique d'un grand nombre d'adhérences vasculaires

avec l'épiploon, qui exigent beaucoup de ligatures au catgut ; on trouve en outre des adhérences avec le foie, avec l'intestin, et il en est d'assez intimes pour qu'on n'insiste pas sur leur libération ; c'est ainsi qu'à droite l'opérateur a préféré couper la paroi kystique en collerette, au voisinage de l'intestin grêle, dans l'étendue de cinq centimètres et la laisser adhérente après l'avoir enserrée dans un fil de catgut ; une manœuvre analogue a été faite pour une bride qui unissait la poche au bord antérieur du foie.

Malgré la difficulté de ces manœuvres et les précautions minutieuses qu'elles imposent, la tumeur est complètement extraite en cinquante minutes et le pédicule apparaît, constitué par deux parties d'aspect essentiellement distinct : l'une externe vasculaire et l'autre fibreuse. Chacune d'elles est liée séparément avec un catgut n° 4, puis remise dans le ventre. Il n'y a eu qu'une perte de sang insignifiante et les éponges, portées dans les flancs et dans le cul-de-sac de Douglas, en reviennent à peine teintées ; la toilette est pour ainsi dire nulle.

Le ventre est hermétiquement fermé par six points de suture profonde ; six points de suture superficielle complètent la réunion, qui est assurée par une couche de collodion riciné ; application du pansement de Lister et d'un cintre en flanelle.

Tout alla bien jusqu'au quatrième jour ; mais la malade, se refusant absolument à toute alimentation, tomba vers le commencement du cinquième jour dans un état extrême d'épuisement et s'éteignit le sixième jour, sans avoir présenté les symptômes de

la tympanite ou de la péritonite, encore moins ceux d'une hémorrhagie interne.

Il est fort regrettable, au point de vue de l'état du pédicule, que l'autopsie n'ait pu être faite.

IIIe OBSERVATION

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche ; abandon d'un pédicule très volumineux dans le ventre ; guérison.

Mlle T...., de Saint-Jean d'Angély, âgée de 43 ans, brune, forte, jouissant habituellement d'une très bonne santé, a éprouvé, il y a trois ans, pendant quelques jours, des douleurs sourdes dans le ventre, et elle n'y aurait attaché aucune importance si elle n'avait vu se développer peu à peu une tuméfaction considérable du ventre ; les règles n'ont jamais cessé et elles ont toujours été régulières depuis l'âge de 14 ans.

La mensuration donne, au niveau de l'ombilic, 21 centimètres, et de l'ombilic à l'appendice xiphoïde 43 centimètres ; 104 centimètres de circonférence.

A la palpation, on constate l'existence d'une tumeur ovoïde très volumineuse, mate à la percussion, de consistance inégale en ses divers points, fluctuante à droite et en haut, dure et comme mamelonnée dans le flanc et dans la fosse iliaque gauches ; les parois abdominales, fortement chargées de graisse, ne semblent

pas adhérer à la tumeur, car on peut leur imprimer un léger mouvement de glissement sans produire de crépitation appréciable ; le col de l'utérus est conique, le cul-de-sac antérieur est libre et bien accusé ; en arrière et à gauche, il est, au contraire, effacé et le doigt y trouve une petite masse dure, du volume d'un marron.

M. Duplouy diagnostique un kyste multiloculaire et propose l'opération qui est pratiquée, sous le chloroforme, le 19 avril 1883. L'incision, conduite sur la ligne médiane, traverse une couche épaisse de tissu cellulaire graisseux peu riche en vaisseaux et permet d'arriver sur le péritoine, puis sur le kyste, qu'on évacue avec l'aspirateur Potain ; il est composé d'un nombre infini de poches, dont une dizaine, assez amples, contiennent des liquides variés : la première donne environ deux litres d'un liquide rougeâtre, qui semble contenir un grand nombre d'hématies et beaucoup de cholestérine ; puis s'écoule d'une poche voisine un liquide clair comme de l'eau de roche ; ailleurs, ce sont des produits tantôt poisseux, tantôt gélatineux. L'incision dut être prolongée en haut et à gauche du nombril pour permettre de vider successivement toutes les poches et d'extraire la masse morbide qui tendait à s'engager d'elle-même comme par un véritable accouchement au fur et à mesure que les poches principales se vidaient par l'aspiration ; on ne rencontre pas d'adhérences ; le bassin était absolument rempli de masses plus ou moins solides, toutes kystiques ; l'une d'elles, fort appréciable avant l'opération dans le cul-de-sac postérieur, était très dure, mais néanmoins cavitaire, à parois épaisses ; elle renfermait un liquide poisseux.

Un clamp angulaire fut provisoirement appliqué sur le pied du kyste, au-delà du pédicule, pour se débarrasser de la masse morbide et examiner à loisir l'état des parties : le kyste provenait de l'ovaire gauche ; on y voyait à droite la trompe adhérente et au-dessous d'elle une petite masse ovoïde, mamelonnée, très fortement congestionnée, qui n'était autre que l'ovaire droit muni de son ligament. C'était, en somme, une double ovariotomie à pratiquer : le pédicule général était si volumineux qu'on ne voulut pas s'exposer à l'étreindre par une seule ligature ; il fut décomposé en trois faisceaux distincts à l'aide d'une aiguille et d'un très fort catgut nº 4 : l'un comprenant le pédicule proprement dit ; le second, le ligament de l'ovaire droit, et le troisième, la trompe du même côté.

Une forte ligature d'ensemble fut appliquée par précaution au-dessous des fils isolés ; puis le pédicule, coupé à un centimètre des ligatures, et cela à petits coups, pour permettre d'examiner avec soin la surface de section, fut abandonné librement dans le ventre ; suture à l'ordinaire ; pansement listérien.

Les suites de cette opération furent à peine incidentées par quelques coliques, auxquelles mit fin une abondante émission de gaz ; on enleva les fils six jours après l'opération ; il se fit une légère suppuration des parois qui ne compromit en rien la guérison et la malade partit pour Saint-Jean d'Angély, parfaitement guérie, vingt-deux jours après l'opération.

C'est la première opération dans laquelle nous ayons vu faire l'évacuation du kyste avec un aspirateur ; mon père avait toujours

employé le trocart, et il avait même présenté à la Société de chirurgie un trocart-fixateur fenêtré, sur lequel on peut lier solidement les poches kystiques. Il a fallu plus d'un quart d'heure avec l'aspiration, et il est vrai de dire que ce temps eût pu être singulièrement abrégé, si on eût eu à sa disposition une canule plus volumineuse ; mais cette lenteur même, si nous avons bien compris la pensée de l'opérateur, ne laisse pas que d'offrir certains avantages : elle permet au kyste de s'exprimer lentement de lui-même au dehors, au fur et à mesure de son évacuation, lorsqu'il est exempt d'adhérences et elle prévient, dans une certaine mesure, la syncope que peut entraîner une brusque décompression des gros vaisseaux, lorsque la déplétion du kyste est trop rapide.

OUVRAGES CONSULTÉS

Bulletins de l'Académie de médecine, 1856-1857.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 1879-1880-1881-1882.

Bulletin de thérapeutique, 1882-1883.

Revue des sciences médicales (Hayem), 1880-1881-1882.

Bulletin de l'Académie royale de Belgique, 1874.

London Med. gaz., t. v.

British Med. journal, 1879-1880-1881-1882.

The Lancet, 1879-1880-1881-1882.

New-York Med. record, 1832, t. v.

BOINET. — *Traité des maladies des ovaires.* Paris, 1880.

EUSTACHE. — *Manuel pratique des maladies des femmes.* Paris, 1881.

BŒCKEL. — *Gazette médicale de l'Est*, 1881.

KŒBERLÉ. — Article Ovariotomie, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie.*

THIRIAR. — *De l'ovariotomie antiseptique* (thèse d'agrégation). Bruxelles, 1882.

REVERDIN. — *Du traitement du pédicule et de la plaie abdominable dans l'ovariotomie.* Genève, 1874.

PÉAN. — *Statistique de ses opérations.* (*Gazette des hôpitaux*, 1881.) — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1876-1879.

OVION. — *Manuel de l'ovariotomie.* Thèse de Paris, 1880.

SPENCER WELLS. — *Des tumeurs de l'ovaire* (traduction française). Paris, 1883.

MAC-CORMAC. — *Manuel de chirurgie antiseptique*, traduit par Lutaud. Paris, 1882.

DUPLOUY. — *Ovariotomie dans le Sud-Ouest de la France.* Paris, 1876.

LETOUSEY. — *De l'Hystérectomie sus-vaginale.* Thèse de Paris, 1879.

RAOULT. — *Du traitement du pédicule des tumeurs intra-abdominales.* Thèse de Paris, 1880.

GARNIER. — *Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales*, 1879 à 1883.

Vu bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr DENUCÉ.

Vu : le Doyen,
Dr DENUCÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
H. OUVRÉ.

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie : De l'allantoïde.

Physiologie : Des mouvements réflexes.

Chimie : Alcools et phénols de la série aromatique ; leurs principaux dérivés.

Histoire naturelle : De la variation des plantes et des animaux selon les milieux.

Pathologie externe : Le charbon.

Pathologie interne : Signes des embolies.

Pathologie générale : De l'embolie pathologique et de l'embolie expérimentale.

Histologie et anatomie générale : Foie-bile.

Anatomie pathologique : Ostéite, carie, nécrose.

Médecine opératoire : Des différents procédés de désarticulation du coude.

Pharmacologie : Des potions.

Matière médicale : Du tannin et des principaux médicaments astringents.

Thérapeutique : Tannins et médication astringente.

Hygiène : Des eaux potables.

Médecine légale : Des différentes formes de l'asphyxie.

Accouchements : Traitement de l'hémorrhagie utérine dans le cas d'insertion du placenta, sur ou dans les environs du col.

Le Secrétaire de la Faculté,

L. DES GILLEULS.